Aus der Privatklinik Prof. Dr. Heimann, Breslau.

Über das Zusammentreffen von Uterusmyomen mit Ovarialgeschwülsten.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Norbert Neufeld.

Arzt in Breslau.

Breslau.

Druck von Otto Gutsmann, Breslau, Schuhbrücke 32.

1925

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Prof. Heimann.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Das nicht seltene Zusammentreffen von Uterusmyomen mit Ovarialgeschwülsten hat schon oft die Aufmerksamkeit der Wissenschaft auf sich gelenkt, weil sowohl die Frage interessierte, ob diese Kombination eine zufällige sei oder durch diese oder jene Gesetze begründet sei, die im menschlichen Organismus walten; dann auch, weil man glaubte, aus dieser Kombination Schlüsse ziehen zu können hinsichtlich der Ätiologie der Myome und der Ovarialtumoren. Um dieser Frage näher zu rücken, wurde in der Frauenklinik Erlangen eine Statistik über 500 Fälle angefertigt und von Thauer in einer Dissertation bearbeitet. Die Myomkurve zeigt ganz typisch im zweiten Jahrzehnt und in der ersten Hälfte des dritten Jahrzehntes ein allmähliches Ansteigen. Von da bis zum 43. Lebensjahr einen rapiden Anstieg. Am Ende des vierten Lebensjahrzehntes zeigt sich ein rascher Abfall mit Beginn der Menopause. Bei Ovarialtumoren dagegen sehen wir einen ziemlichen Anstieg bereits vor dem 25. Lebensjahr; dann einen mehr oder weniger kontinuierlichen Verlauf. Vom fünften Lebensjahrzehnt sind dann Ovarialtumoren häufiger als Myome zu verzeichnen. Die beiden Kurven scheinen sehr verschieden, gleichen sich jedoch darin, daß die Linien beider Geschwülste vom 38. Lebensjahr ab zu steigen beginnen und, nach Erreichung des Höhepunktes zwischen dem 41. und 45. Lebensjahr, fallen. Wichtiger als diese Analogie, aus der man Schlüsse nicht ziehen kann, wäre der Prozentsatz der Kombinationen von Uterusmyomen und Ovarialgeschwülsten. Die statistischen Angaben der Autoren schwanken allerdings; immerhin ist der Prozentsatz bis 37 % angegeben worden.

Nach Mitteilung kasuistischer Literatur und mehrerer Fälle aus der Frauenabteilung des Breslauer Allerheiligen-Hospitals (Prof. Asch) und der Privatklinik von Prof. Heimann, Breslau, wird von systematischen Untersuchungen über Eierstockveränderungen bei Myomen berichtet, die Bulius, Poppoff, Gebhard, Fehling, Werth, Goguberitze vorgenommen haben. All diese Autoren betrachteten die Veränderungen der Eierstöcke bei Myomen als etwas Sekundäres, das Myom als das Primäre.

Während Virchow für die Myomätiologie irritative Reize angab, Robert Meyer Myomkeime im Myometrium und Ribbert ungenutzt liegengebliebene Zellen als Grund für die Myombildung angab, glaubte Kohnheim neben embryonal angelegten Mesenchymkeimen an kongenital erworbene Geschwulstdisposition. Hierfür kommt besonders das Zusammentreffen von Myomen mit den cystischen Ovarialembryomen in Frage, deren kongenitaler Ursprung erwiesen scheint. Allerdings wird in demselben Maße, wie nachgewiesen werden kann, daß Embryome mit Uterusmyomen zusammen vorkommen, die Hypothese bestätigt, daß auch diese letzteren auf die eine oder andere Weise ihrer Anlage nach angeboren seien. Jedenfalls fühlt man sich geneigt zu glauben, daß, wenn nachweislich an einigen Stellen an den inneren Genitalien Gewebsstörungen irgendwelcher Art während des Embryonallebens vor sich gegangen wären, und diese Störungen später mit Myom kombiniert wären, dieses die gleiche Genese habe.

Nachdem viele Autoren schon vorher die Vermutung ausgesprochen hatten, daß die Myombildung vom Eierstock abhängig ist, hat dann Seitz im Jahre 1911 die Theorie aufgestellt, daß für das Wachstum der Myome ein qualitativ und quantitativ verändertes Ovarialsekret verantwortlich zu machen sei. Fränkel hat dann aus seinen Corpus-luteum-Versuchen erwiesen, daß der gesamte „Protektive Einfluß" des Ovars auf die Genitalien an den gelben Körper gebunden ist. Schröder hat im Ovar neben einem

generativen ein plastisches Zentrum angenommen, von dem Wachstumsreize zum Uterus ausgehen. Er fand im Ovar der myomkranken Frau eine überstürzte Follikelreifung, ohne daß es zum typischen Ende kommt, dagegen gewinnt die interstitielle Drüse, das Zentrum der plastischen Reize, die Vorhand.

Von einer anderen originellen Seite hat Kehrer eine Deutung versucht, indem er behauptete, daß Myomveränderungen am Uterus und gewisse morphologische Veränderungen am Ovar Folgen der Dyspareunie seien. Bei lange dauernden sexuellen Störungen führe der Ausfall des Defluxes der ovariellen und uteriellen Hyperämie an den Ovarien zu Cystenbildungen, zu kleincystischer Degeneration, Follikel und Corpus-luteum-Cystenbildung. Am Uterus führe die Dyspareunie zur chronischen Induration, zur Metropathie. Wenn es nun im Embryonalleben beim Einwachsen der Müllerschen Gänge in den Mesenchymblock zu Versprengungen von Muskelfasern kommt, so bildet sich daneben das Myom.

In neuester Zeit hat die Konstitutions- und Dispositionslehre versucht, auch das Zusammentreffen von Uterusmyom und Ovarialgeschwülsten zu deuten. Für das Zusammentreffen von Uterusmyom und Ovarialgeschwülsten verstehen wir unter Disposition also eine spezifische Bereitschaft zur Geschwulstbildung im Genitale. Diese kann genotypisch oder phänotypisch bedingt sein, d. h. vorwiegend aus der Erbanlage erwachsen oder vorwiegend durch psychophysische Einflüsse auf das sich entwickelnde Individuum verursacht sein. Für die genotypische Disposition werden die sogenannten Myomfamilien herangezogen, bei denen einerseits Myome in den verschiedenen Generationen beobachtet werden, andererseits ein alternierendes Vorkommen von Myom und Ovarialgeschwülsten bei Müttern und Töchtern durch verschiedene Generationen beobachtet werden. Freund hat darauf hingewiesen, daß die mangelhafte Anlage im allgemeinen und der Genitalorgane im besonderen die Entstehung der Myome begünstige. Unter 300 Myomfällen zeigten 66 Frauen konstitutionelle Abnormitäten; ein Drittel der Frauen war mit Tumoren anderer Art behaftet. Auch Bartel weist auf das häufige Zusammentreffen von Bildungsfehlern und Geschwülsten hin. Unter 360 Fällen mangelhafter Anlage befanden sich 161 Neubildungen, darunter 21 Myome. Unter den sexuell inaktiven Frauen befindet sich eine unverhältnismäßig große Zahl von Frigiden mit mangelhafter Anlage und deshalb auch zur Geschwulstbildung von vornherein disponierten Individuen.

Wie weit Konstitution und Disposition tatsächlich eine Rolle spielen, ist zurzeit noch ungeklärt. — Nach Albrecht bestehen drei Möglichkeiten. 1. Es kann sich um regelmäßig auftretende Manifestationen einer genotypischen Grundlage handeln. 2. Es kann sich um Manifestationen einer genotypischen Grundlage handeln, welche nur durch bestimmte konstellative Faktoren ausgelöst werden. 3. Die Tumoren können durch rein konstellative Faktoren bedingt sein. Die Entscheidung liegt bei der Familienforschung.

Die Konstitutionsforschung ist zurzeit dabei, besondere Typen aufzustellen, die für die Geschwulstbildung an sich disponiert sind, und glaubt sie in den breitknochig plethorisch und pyknischen Individuen gefunden zu haben. Wenn auch diese Ergebnisse noch grob und undifferenziert sind, so scheint doch die Möglichkeit gegeben, auf dem Wege der Konstitutionsforschung in Verbindung und Ergänzung der Lehre von der inneren Sekretion der Geschwulsttheorie und damit auch dem Zusammenhang von Uterusmyomen und Ovarialgeschwülsten näher zu kommen.